O ARTIGO 64.º DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA
Saúde

Sofia Crisóstomo
Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal

Resumo O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, sobre a saúde, foi objeto de várias alterações nos últimos 30 anos. Os momentos, a sequência e o conteúdo dessas alterações, são descritos e analisados na sua relação com medidas-chave da política pública de saúde, tendo em consideração as suas implicações jurídico-constitucionais, o contexto histórico-institucional e a sua relação com fatores externos. São ainda descritas e examinadas as alterações propostas na última revisão constitucional, em 2010, que não foi concluída. Finalmente, é discutida a concretização dos três princípios principais que regem o Serviço Nacional de Saúde: universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade.

Palavras-chave: Constituição, saúde, políticas públicas.

Abstract Article 64 of the Constitution of the Portuguese Republic, on Health, has been the object of several amendments over the last 30 years. The timing, sequence and content of these changes are described and analysed in relation to key public health policy measures, taking into account their legal and constitutional implications, the historical-institutional context and its relationship with external factors. The changes proposed during the most recent constitutional review process, in 2010, which was not concluded or implemented, are also described and examined. Finally, the paper discusses the implementation of the three main principles governing the National Health Service: universality, generality, and the tendency towards free healthcare.

Keywords: Constitution, health, public policy.

Résumé L'article 64 de la Constitution portugaise, sur la santé, a été plusieurs fois modifié au cours des 30 dernières années. Les dates, la chronologie et le contenu de ces modifications sont décrits et analysés en fonction de leur relation avec les mesures-clés de la politique de santé publique, en tenant compte de leurs implications juridiques et constitutionnelles, du contexte historique et institutionnel et de leur relation avec des facteurs externes. Les modifications proposées dans la dernière révision constitutionnelle en 2010, qui n'a pas abouti, sont aussi décrites et examinées. Enfin, l'article aborde la mise en œuvre des trois grands principes qui régissent le Service National de Santé portugais : l'universalité, la généralité et la gratuité tendancielle.

Mots-clés: Constitution, santé, politique publique.

Resumen El artículo 64 de la Constitución de la República Portuguesa (CRP), sobre la salud, ha sido objeto de varios cambios en los últimos 30 años. El momento, la secuencia y el contenido de estos cambios se describen y analizan en su relación con las medidas clave de la política de salud pública, teniendo en cuenta sus implicaciones legales y constitucionales, el contexto histórico-institucional y su relación con factores externos. Además, se describen y se examinan los cambios propuestos en la última revisión de la Constitución en 2010 que no se completó. Por último, se discute la aplicación de los tres principios fundamentales que rigen el Servicio Nacional de Salud: la universalidad, la generalidad y la gratuidad tendencial.

Palabras-clave: Constitución, salud, políticas públicas.

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), relativo à saúde, consagra, na sua versão atual, a proteção da saúde como um dever, mas, sobretudo, como um direito de todos, realizado através de um serviço nacional de saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos,

tendencialmente gratuito. No entanto, para além destas três características largamente abordadas na literatura sobre o tema, a CRP estabelece ainda que a gestão do SNS é descentralizada e participada, uma característica raramente referida e quase nunca objeto de análise.[1]

Para realização da proteção da saúde, a CRP prevê ainda aquilo que, atualmente, designamos "saúde em todas as políticas", que inclui, nomeadamente, políticas públicas relacionadas com a promoção da saúde e seus determinantes sociais, como sejam o rendimento, a educação e o exercício físico, por exemplo (Ståhl *et al.*, 2006; Leppo *et al.*, 2013).

Finalmente, a CRP consagra também que, para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao estado: garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, a cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação; garantir a equidade de acesso em termos financeiros e geográficos; orientar a sua ação para o financiamento público dos custos em saúde; regular, supervisionar e articular a prestação pública e privada de cuidados de saúde, por forma a assegurar a sua eficiência e qualidade; regular e supervisionar as atividades relacionadas com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e outros produtos de saúde; e, ainda, estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.[2]

Ao considerar a saúde como um direito fundamental e o acesso a cuidados de saúde um pré-requisito para assegurar esse direito, que não deve estar dependente da capacidade para pagar, e em convergência com várias organizações (United Nations, 1948; WHO, 2001) e documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (United Nations, 1948) e a Declaração de Alma-Ata (1978) (ratificados por uma longa lista de países, incluindo Portugal), o artigo 64.º da CRP constitui um "compromisso jurídico fundamental" do estado para com a população, em relação à "garantia de acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade e acessíveis para todos" e, desta forma, estabelece "um imperativo […] para a ação legislativa e administrativa" no sentido de assegurar esse direito (Kinney e Clark, 2004) e também uma distribuição mais igualitária do que o necessário noutros setores (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009: 12). Conforme afirma Novais (2010: 239), a existência de um SNS, com um determinado conjunto de características, "não é algo que esteja à mercê da livre decisão política do Governo, mas antes algo que reveste a natureza de uma imposição constitucional" e que, portanto, independentemente do governo no poder, "tem a sua subsistência juridicamente protegida com o caráter reforçado que a Constituição lhe empresta".

Hoje em dia, a saúde permanece como uma prioridade importante para os cidadãos na maioria dos países, incluindo Portugal. Os cidadãos avaliam a saúde e a segurança social (European Comission, 2012: 15) e também o sistema de saúde (European

1 A título de exemplo, cita-se Novais (2010: 241), que refere como "mais pacífico o tema da gestão necessariamente descentralizada e participada do SNS", para justificar não o considerar quando aborda os limites jurídico-constitucionais do SNS.

2 Salienta-se o caráter bastante mais específico desta competência do estado, comparativamente com as restantes, no que respeita a assegurar o direito à proteção da saúde.

Comission, 2011: 14) como duas das suas principais preocupações, logo a seguir às questões económicas. Além disso, existe também um apoio público muito elevado a uma forte responsabilidade do estado para garantir os cuidados de saúde adequados (P. A. da Silva e Pestana, 2013: 142), sendo o envolvimento do estado justificado por motivos de equidade, mas também de eficiência (WHO, 2000: 7). Por outro lado, têm aumentado as expetativas dos cidadãos em relação a serviços de saúde, o que contribui também para que esta se mantenha uma "questão política" (WHO, 2010: ix).

Na prática, as políticas públicas e os instrumentos adotados abrangem três áreas chave de intervenção — regulação, financiamento e prestação de cuidados de saúde (Folland, Goodman e Stano, 2001: 454; P. A. da Silva e Pestana, 2013: 142) — com o objetivo de atingir o nível mais elevado possível de resultados em saúde com os recursos disponíveis, proporcionar um tratamento igual para necessidades iguais e reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (OECD, 2011a: 184; OECD, 2011b: 130).

De 1976 até à atualidade: a evolução da CRP na relação com a política pública de saúde — SNS e Lei de Bases da Saúde

A CRP de 2 de abril de 1976, foi aprovada pela Assembleia Constituinte[3] durante o mandato do VI e último Governo Provisório, liderado por José Baptista Pinheiro de Azevedo (um militar e independente) e tendo Rui Machete como ministro dos Assuntos Sociais (com a tutela da Saúde) (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa, 2016).

A CRP consagrou que "todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover". Consagrou também que "o direito à proteção da saúde" seria "realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito", que à data não existia, e ainda por diversas medidas de política relacionadas com a saúde, incumbindo prioritariamente ao estado diversas responsabilidades para assegurar aquele direito (para mais detalhe ver quadro 1).

As disposições do artigo 64.º da CRP de 2 de abril de 1976 são, posteriormente, concretizadas através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que cria o SNS, aprovada pela Assembleia da República[4] durante o mandato do V Governo Constitucional — um governo de iniciativa presidencial, liderado por Maria de Lourdes Pintasilgo e com Alfredo Bruto da Costa como ministro dos Assuntos Sociais (com a tutela da Saúde) (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa, 2016).

3 "Votaram contra o articulado da Constituição quinze Deputados do CDS. Não houve abstenções. Todos os restantes Deputados, incluindo os Deputados independentes e o Deputado de Macau, votaram a favor do articulado da Constituição da República Portuguesa." (Fonte: http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dac/01/01/01/132/1976-04-02/4433).

4 "…com votos a favor do PS, do PCP, da UDP e do Deputado independente Brás Pinto e com votos contra do PSD, do CDS e dos Deputados independentes sociais-democratas." (Fonte: http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/01/03/077/1979-06-28/2879?org=PLC&plcdf=true)

Quadro 1 Evolução do artigo 64.º da CRP (“Saúde”): de 1976 até à versão atual

CRP e revisões constitucionais	Texto
CRP de 2 de abril de 1976	Artigo 64.º (Saúde) 1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo. 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país; c) Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos; d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde; e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.
Lei Constitucional n.º 1/82, de 30 de setembro	Artigo 54.º É aditado ao artigo 64.º um n.º 4, com a seguinte redação: "4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada."
Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho	Artigo 36.º 1. O n.º 2 do artigo 64.º é substituído por: "2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo." 2. A alínea c) do n.º 3 do mesmo artigo é substituída por: "c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos."
Lei Constitucional nº 1/92, de 25 de novembro	(Sem alterações ao artigo 64.º da CRP)
Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro	Artigo 37.º 1. À alínea b) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição é aditada a expressão "e ambientais" entre "culturais" e "que garantam", a expressão ", designadamente," entre "garantam" e "a proteção" e, *in fine*, a expressão "e de práticas de vida saudável". 2. Na alínea b) do n.º 3 do mesmo artigo é eliminada a expressão "médica e hospitalar" e aditada, *in fine*, a expressão "em recursos humanos e unidades de saúde". 3. Na alínea d) do mesmo número a expressão "controlar" é substituída por "fiscalizar", sendo aditada, *in fine*, a expressão "por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade". 4. À alínea e) do mesmo número é aditada a expressão "a distribuição," entre "a produção," e "a comercialização". 5. Ao mesmo número é aditada uma nova alínea f), com a seguinte redação: "f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência."
Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de dezembro	(Sem alterações ao artigo 64.º da CRP)
Lei Constitucional n.º 1/2004, de 24 de julho	(Sem alterações ao artigo 64.º da CRP)
Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto	(Sem alterações ao artigo 64.º da CRP)

Este diploma estabelece que "o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social" e também "aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal",[5] definindo assim o princípio de universalidade.

O mesmo diploma estabelece também o âmbito do princípio de generalidade, isto é, que "o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social".[6]

Adicionalmente, é determinado que "o acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações".[7] A Lei do SNS menciona também a "gestão descentralizada e democrática" do SNS,[8] uma característica que viria, posteriormente, a ser consagrada na primeira revisão constitucional, e determina que o direito de utentes e profissionais de saúde a participarem "no planeamento e na gestão dos serviços" se exerce "a nível central, pela participação no Conselho Nacional de Saúde [...] e, a nível regional e local, pela participação nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio [...], para além da participação em órgãos de serviços".[9]

Em 1982, é aprovado o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, pelo VIII Governo Constitucional — um governo de coligação (pré-eleitoral) PSD-CDS-PPM, com maioria absoluta na Assembleia da República, liderado por Francisco Pinto Balsemão e com Luís Barbosa como ministro dos Assuntos Sociais (com a tutela da Saúde) (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa, 2016).

O Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, revoga grande parte da Lei do SNS (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro), o que o Tribunal Constitucional viria, quase dois anos depois, no Acórdão n.º 39/84, de 11 de abril, a declarar inconstitucional, por se traduzir "na extinção do Serviço Nacional de Saúde" e, por isso, contender "com a garantia do direito constitucional à saúde". O Tribunal Constitucional teve aqui uma intervenção decisiva, quanto à necessidade constitucional de existência do SNS (Novais 2010: 242).

Também em 1982, a primeira revisão constitucional (Lei Constitucional n.º 1/82, de 30 de setembro),[10] ainda durante o VIII Governo Constitucional, aditou ao artigo 64.º da CRP, a referência à gestão descentralizada e participada do SNS.

Depois de vários diplomas que fixaram taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS,[11] um Parecer da Comissão

---

5 Artigo 4º, n.os 1 e 2.
6 Artigo 6º, n.º 2.
7 Artigo 7.º.
8 Artigos 2.º e 19.º.
9 Artigo 23.º.
10 Aprovada com "195 votos a favor (do PSD, do PS, do CDS, do PPM, da ASDI e da UEDS), 40 votos contra (do PCP e da UDP) e 1 abstenção (do MDP/CDE)" (Fonte: http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/02/02/132/1982-08-13/5564?pgs=5564&org=PLC).
11 Despachos Ministeriais n. os 57/80 e 58/80, de 29 de dezembro; Despacho do Ministro dos

Constitucional,[12] dois pedidos do provedor de Justiça para fiscalização da constitucionalidade de várias normas relacionadas e os consequentes acórdãos do Tribunal Constitucional,[13] foi aprovada pela Assembleia da República,[14] em 1989, a segunda revisão constitucional (Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho), decorria o XI Governo Constitucional, o segundo governo liderado por Aníbal Cavaco Silva (PSD) — o primeiro maioritário de um só partido — e com Leonor Beleza como ministra da Saúde (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa, 2016).

Com a segunda revisão constitucional, foram feitas as alterações mais substanciais ao artigo 64.º da CRP, não só em termos de conteúdo como, mais relevante, de legitimação constitucional das implicações da não gratuitidade, no que respeita à função vital do SNS na realização do direito à proteção da saúde e da sua contribuição para a coesão e justiça sociais (tal como descrito, por exemplo, em Thomson, Foubister, e Mossialos, 2009). O SNS passou de "gratuito" a "tendencialmente gratuito" e ao estado passou a incumbir "orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos" (isto é para o financiamento público dos custos em saúde) que substituiu "a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos" (que implicava a orientação do estado para a prestação pública dos cuidados de saúde e a produção estatal de medicamentos e afins). Abriu-se assim uma janela constitucional à maior intervenção do setor privado na prestação e no financiamento de cuidados de saúde e também à gestão privada de unidades públicas de saúde.[15]

No seguimento e em linha com a revisão constitucional de 1989, ainda durante o XI Governo Constitucional, mas já com Arlindo de Carvalho como ministro da Saúde (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa,

---

Assuntos Sociais de 18 de janeiro de 1982 (publicados no *Diário da República*, II série, n.º 34, de 10/02/82); Despacho do Ministro da Saúde de 27 de fevereiro de 1984 (publicado no *Diário da República*, II série, n.º 60, de 12/03/84); Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março; Portaria n.º 344-A/86, de 5 de julho.

12 Parecer n.º 35/82 da Comissão Constitucional, que justificou a admissibilidade de taxas moderadoras, recorrendo à teoria da relevância jurídica especial das normas de direitos sociais, segundo a qual estas são de realização progressiva, gradual, diferida no tempo, em função das disponibilidades financeiras e materiais do estado.

13 Acórdãos n.ºs 92/85, de 18 de junho (que declara a inconstitucionalidade formal dos despachos que regulavam as taxas moderadoras, não tendo por isso apreciado a constitucionalidade material dos mesmos), e 330/89, de 11 de abril (que declara que as normas do Decreto-Lei n.° 57/86, de 20 de março, nomeadamente, as taxas moderadoras, não são inconstitucionais).

14 "Aprovada com os votos a favor do PSD, do PS, do PRD, do CDS e do Deputado Independente Carlos Macedo, votos contra do PCP, de Os Verdes, dos deputados do PSD Jorge Pereira, Carlos Lélis, Cecília Catarino e Guilherme Silva, dos deputados do PS Manuel Alegre e Sottomayor Cardia, da deputada do PRD Natália Correia e dos Deputados Independentes Raul Castro e João Corregedor da Fonseca e as abstenções do Deputado do PRD Marques Júnior e da Deputada Independente Helena Roseta." (Fonte: http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/05/02/091/1989-06-02/4530?pgs=4530&org=PLC)

15 A segunda revisão constitucional ocorre numa fase (1985-1995) de mudança da fronteira entre público e privado, a favor do privado (OPSS, 2002; Campos e Simões, 2011; M. V. da Silva, 2012a; 2012b).

2016), foi aprovada pela Assembleia da República [16] a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), que vai ainda mais além no papel outorgado ao setor privado (Campos e Simões, 2011: 133; M. V. da Silva, 2012a: 283).

A Lei de Bases da Saúde veio atribuir ao Sistema de Saúde (e não especificamente ao SNS) a efetivação do direito à proteção da saúde,[17] prevendo que "o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde".[18] Determinou também, como diretriz da política de saúde nacional, o apoio ao "desenvolvimento do setor privado da saúde […] em concorrência com o setor público"[19] (em vez da complementaridade sugerida pela articulação mencionada na alínea *c* do n.º 3 do artigo 64.º da CRP), contemplando também a possibilidade de "ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do SNS a outras entidades"[20] e "celebradas convenções […], quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados",[21] assim como a fixação de "incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde".[22]

A Lei de Bases da Saúde determinou igualmente a possibilidade de serem cobradas taxas moderadoras, como medida reguladora do uso dos serviços de saúde e receita do SNS, e especificou também as características do SNS previstas na CRP,[23] prevendo ainda que "a lei pode especificar as prestações garantidas aos beneficiários do SNS ou excluir do objeto dessas prestações cuidados não justificados pelo estado de saúde".[24]

Salienta-se ainda o papel atribuído à política de saúde, em termos de promoção da "participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços",[25] nomeadamente através da inclusão de representantes dos utentes, eleitos pela Assembleia da República,[26] no Conselho Nacional de Saúde.

Também em relação à Lei de Bases da Saúde, o Tribunal Constitucional foi chamado a pronunciar-se, tendo decidido, no Acórdão n.º 731/95, não declarar a inconstitucionalidade das normas apreciadas.

Em 1993, decorridos mais de dois anos desde a publicação da Lei de Bases da Saúde, é aprovado, conforme previsto naquele diploma,[27] o Estatuto do SNS,[28] pelo

---

16 "… com votos a favor do PSD, do CDS e do Deputado independente Carlos Macedo e votos contra do PS, do PCP, do PRD e do Deputado independente Raul Castro." (Fonte: http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/05/03/100/1990-07-13?pgs=&org=PLC)
17 Base IV, n.º 1.
18 Base IV, n.º 2.
19 Base II, n.º 1, alínea *f*; base XXXVII, n.º 1.
20 Base XXXVI, n.º 2.
21 Base XLI, n.º 1.
22 Base XLII.
23 Base XXIV.
24 Base XXXV, n.º 1.
25 Base II. n.º 1, alínea *g*.
26 Base VII, n.os 1 a 3.
27 Base XII, n.º 2.
28 Anexo ao Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

XII Governo Constitucional — o segundo governo maioritário liderado por Aníbal Cavaco Silva (PSD), ainda com Arlindo de Carvalho como ministro da Saúde (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa, 2016). O Estatuto do SNS seguiu a mesma linha de política da Lei de Bases da Saúde.

Em 1997, na vigência do XIII Governo Constitucional, o primeiro governo — um governo minoritário — liderado por António Guterres (PS) (Freire, 2005; Döring e Manow, 2016; Governo da República Portuguesa, 2016) e com Maria de Belém Roseira como ministra da Saúde, foi aprovada pela Assembleia da República a quarta revisão constitucional (Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro).[29]

Na quarta revisão constitucional, foi atualizada a linguagem utilizada e alterado o conteúdo do artigo 64.º em convergência com as políticas de saúde difundidas pelas organizações internacionais, nomeadamente a Carta de Ljubljana sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde na Europa (Campos e Simões, 2011: 137). Como alterações mais significativas, destacam-se: o aditamento das condições "ambientais" e de "práticas de vida saudável" para realização do direito à proteção da saúde; a substituição da "cobertura médica e hospitalar" pela referência à cobertura "em recursos humanos e unidades de saúde", abrangendo assim, explicitamente, outros profissionais de saúde e outros níveis de cuidados (como, por exemplo, os cuidados de saúde primários); o aditamento do objetivo de "assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade" e o aditamento da competência do estado no que respeita a "estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência" — um tema que, nos anos 90, marcava a agenda política (SICAD, s.d., "Histórico"; SICAD, s.d., "Política portuguesa"). [30]

Das sete revisões constitucionais concluídas após a aprovação da CRP de 2 de abril de 1976, não houve qualquer alteração ao artigo 64.º nas restantes quatro revisões (1992, 2001, 2004 e 2005).

O artigo 64.º na revisão constitucional de 2010 (não concluída)

A oitava revisão constitucional, iniciada em 2010, na segunda sessão legislativa da XI Legislatura, não foi concluída, devido à dissolução da Assembleia da República (AR) decretada em 7 de abril de 2011.[31] À exceção do PS, todos os restantes partidos

29 "… com votos a favor do PS e do PSD, votos contra do CDS-PP, do PCP, de Os Verdes e do Deputado do PS Manuel Alegre e abstenções dos Deputados do PS Alberto Martins, Arnaldo Homem Rebelo, Eduardo Pereira, Elisa Damião, Fernando Pereira Marques, Helena Roseta, Luís Filipe Madeira e Marques Júnior" (Fonte: http://goo.gl/O1cZ41)

30 A quarta revisão constitucional ocorre numa fase distinta das políticas de saúde em Portugal (1995-2002), caracterizada pela expansão e, simultaneamente, reforma do sistema de saúde, com a aplicação de medidas de melhoria de eficiência, sendo visível um recuo na narrativa de privatização do SNS (OPSS, 2002; Campos e Simões, 2011; M. V. da Silva, 2012a; 2012b).

31 Decreto do Presidente da República n.º 44-A/2011, de 7 de abril.

com assento parlamentar à altura (PSD, PCP, PEV, BE e CDS-PP), propuseram alterações ao artigo 64.º da CRP.[32]

Relativamente à característica de tendencial gratuitidade, enquanto PCP, PEV e BE propuseram a reposição do texto original da CRP de 1976, isto é, um SNS geral e gratuito,[33] o projeto do PSD eliminava a expressão "tendencialmente gratuito" e aditava "não podendo, em caso algum, o acesso [ao SNS] ser recusado por insuficiência de meios económicos", abrindo a possibilidade de serem estabelecidos copagamentos em função do rendimento. O projeto do CDS-PP, apesar de reformular o texto do artigo 64.º, não apresentou qualquer alteração nesta matéria.

Relativamente às políticas públicas dirigidas à promoção da saúde e aos determinantes sociais da saúde, tanto PSD como CDS-PP propuseram a eliminação da referência ao "desenvolvimento da educação sanitária do povo" como condição para assegurar o direito à proteção da saúde, supõe-se que numa tentativa de retirar a carga ideológica associada à terminologia usada em 1976. No entanto, com esta alteração, seria eliminada também a referência à que é hoje designada "educação para a saúde", um instrumento fundamental para promover a literacia em saúde, que, por sua vez, é um determinante importante do estado de saúde individual (Kickbusch *et al.*, 2013).

O PSD estabelecia também como competência do estado, a promoção da "efetiva liberdade de escolha".

Por seu lado, o PCP especificava que as entidades empresariais e privadas se articulam com o SNS, "quando dele sejam complementares", e aditava as políticas de prevenção e tratamento do alcoolismo às competências do estado.

O BE propôs o financiamento do SNS "assegurado pelo Orçamento de Estado", especificando que a cobertura de todo o país, em termos de recursos humanos e cuidados de saúde deve ser também "equitativa" (para além de racional e eficiente). O BE eliminava ainda a possibilidade de as entidades empresariais e privadas se articularem com o SNS.

Tanto o BE como o CDS-PP aditavam os cuidados paliativos aos tipos de cuidados a que todos os cidadãos devem ter acesso, e o CDS-PP aditava também os cuidados continuados.

O CDS-PP propôs ainda a realização do direito à proteção da saúde "através de um sistema nacional de saúde universal e geral", "constituído por um serviço nacional de saúde e demais sistemas públicos, privados, mutualistas e sociais e por todos os profissionais" (em detrimento da referência apenas ao SNS), integrando assim no texto constitucional a formulação constante da Lei de Bases de Saúde.[34]

As alterações ao artigo 64.º, apresentadas no âmbito da oitava revisão constitucional, são apresentadas em detalhe no quadro 2.

---

32 No total, deram entrada na Assembleia da República, no âmbito da oitava revisão constitucional, dez projetos de revisão. Seis foram apresentados pelos grupos parlamentares com assento na AR (n.º 1/XI — PSD; n.º 2/XI — PCP; n.º 3/XI — PEV; n.º 4/XI — BE; n.º 5/XI — CDS-PP; e n.º 9/XI — PS) e quatro por deputados do PSD (n.ºs 6/XI, 7/XI e 8/XI) e do CDS-PP (n.º 10/XI). Só os projetos n.ºs 1/XI a 5/XI continham alterações ao artigo 64.º da CRP.

33 Com o PEV a aditar também "igual" às características do SNS.

34 Base IV, n.º 1; base XII, n.º 1.

Quadro 2 Alterações ao artigo 64.º da CRP (“Saúde”): revisão constitucional de 2010 (não concluída)

Projetos de revisão ronstitucional	Alterações ao artigo 64.º ("Saúde")
Projeto de revisão constitucional n.º 1/XI (PSD)	1. (…) 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral que tenha em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, não podendo, em caso algum, o acesso ser recusado por insuficiência de meios económicos; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento de práticas de vida saudável. 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) (…) b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde e promovendo a efetiva liberdade de escolha. c) (…) d) (…) e) (…) f) (…) 4. (…)
Projeto de revisão constitucional n.º 2/XI (PCP)	1. (…) 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito; b) (…) 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação; b) (…) c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados de saúde, incluindo medicamentos; d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas de prestação de cuidados de saúde, articulando-as com o serviço nacional de saúde quando dele sejam complementares, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) (…) f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência e do alcoolismo. 4 - (…)
Projeto de revisão constitucional n.º 3/XI (PEV)	1. (…) 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde com condições de acesso universal, geral, igual e gratuito para todos os cidadãos. b) (…) 3. (…) 4. (…)

Projeto de revisão constitucional n.º 4/XI (BE)	1. (…) 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral, de acesso igual e gratuito para os seus beneficiários e cujo financiamento é assegurado pelo Orçamento de Estado; b) (…) 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos; b) Garantir uma racional, equitativa e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde públicas e de gestão pública; c) (…) d) Regulamentar e fiscalizar as instituições prestadoras de cuidados de saúde públicas e particulares com ou sem fins lucrativos, por forma a assegurar adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) (…) f) (…) 4. (…)
Projeto de revisão constitucional n.º 5/XI (CDS-PP)	1. (…) 2. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Criar as condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como a promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e de práticas de vida saudável. b) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa, de reabilitação, de cuidados continuados e paliativos; c) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; d) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos, a gestão racional e a prevalência do bem comum na política do medicamento; e) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; f) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; g) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência. 3 - O direito à proteção da saúde é realizado através de um sistema nacional de saúde universal e geral. 4 - O sistema nacional de saúde é constituído por um serviço nacional de saúde e demais sistemas públicos, privados, mutualistas e sociais e por todos os profissionais a nível individual ou em grupo, que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. 5 - O serviço nacional de saúde universal e geral é constituído por uma rede nacional e integrada de cuidados de saúde, composta pelos serviços e estabelecimentos públicos e pelas entidades ou agentes que com ele contratualizam. 6 - O acesso ao serviço nacional de saúde é tendencialmente gratuito, devendo levar em consideração as condições económicas e sociais dos cidadãos e famílias. 7 - O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

Universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade — da Constituição à realidade

Universalidade

O princípio de universalidade que rege o SNS manteve-se inalterado desde a CRP de 2 de abril de 1976 até à atualidade.[35] Um SNS universal significa que todos os cidadãos portugueses têm o direito de recorrer a ele, sendo relativamente pacífico o sentido a atribuir à imposição constitucional de universalidade. Por outro lado, "não é possível, sem prévia e, ainda assim, muito discutível, revisão constitucional, condicionar ou excluir o acesso de categorias particulares de cidadãos" (Novais, 2010: 242-243).

Acrescenta ainda Novais (2010: 243) que "a possibilidade de admitir a saída dos beneficiários do SNS para outros subsistemas de saúde ou para seguros, de natureza privada ou pública, a título voluntário ou compulsivamente imposto pelo Estado [...] coloca, no entanto, dúvidas júridico-constitucionais relacionadas, não apenas com a atual natureza universal do SNS, mas também com a garantia constitucional do direito à proteção da saúde de todos os cidadãos". Novais realça ainda a necessidade de tal saída não pôr em causa o direito fundamental de todos os cidadãos — "os que saem e os que ficam — à proteção da saúde. De facto, uma política de *opting out* do SNS teria associado um risco de limitação no acesso aos cuidados de saúde, quer para quem sai (o acesso fica mais dependente da capacidade para pagar dos cidadãos e das coberturas contratualizadas com as seguradoras), quer para quem fica (por via da diminuição do financiamento do SNS, do provável aumento do custo médio por beneficiário — permanecem os indivíduos com maior risco — e, consequentemente, da maior dificuldade em assegurar a sustentabilidade financeira do SNS).

À semelhança do que acontece em muitos países da OCDE, quer se trate de sistemas financiados por impostos, quer de sistemas de seguro social, a percentagem da população portuguesa abrangida pela cobertura pública básica é, atualmente de 100% (OECD, 2015: 120-121).

Generalidade

No diploma que criou o SNS, o princípio de generalidade foi definido da seguinte forma: "o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social".[36] Na mesma linha, a Lei de Bases da Saúde refere como uma das características do SNS: "prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação".[37] No entanto, o mesmo diploma estabelece também que "a lei pode especificar as prestações garantidas aos beneficiários do

---

35 Lei nº 56/79, de 15 de setembro, artigo 4.º, n.º 1; Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, base XXV, n.º 1.
36 Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, artigo 6º, n.º 2.
37 Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, base XXIV.

SNS ou excluir do objeto dessas prestações cuidados não justificados pelo estado de saúde".[38] Apesar disso, nunca o legislador concretizou as prestações garantidas, ou não, aos beneficiários do SNS.

Novais (2010: 242) esclarece que "geral significa abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicos, traduzindo a necessidade de integração ou de garantia de prestação de todos os serviços e cuidados de saúde".

Na prática, ainda hoje e apesar das melhorias observadas ao longo do tempo, vários tipos de cuidados de saúde não são abrangidos pelo SNS (por exemplo, as terapêuticas não convencionais) ou, quando abrangidos pelo SNS, não cobrem uma proporção relevante das necessidades dos cidadãos (por exemplo, cuidados de saúde oral, consultas de psicologia, cuidados paliativos) (Barros, Machado e Simões, 2011: 59-60; OECD, 2015: 122-123; Ministério da Saúde, 2015). Tal tem como consequência tempos de espera superiores aos tempos máximos recomendados e/ou a necessidade de recorrer à prestação privada de cuidados de saúde.

Tendencial gratuitidade

O princípio atual de tendencial gratuitidade do SNS, estabelecido pela segunda revisão constitucional[39] ou, inicialmente, de gratuitidade (tal como estabelecido na CRP de 2 de abril de 1976), e os seus limites têm sido alvo de interpretações diversas, quer por parte de juristas especialistas na matéria, quer dos próprios juízes do Tribunal Constitucional (Novais, 2010).

As consequências são, no entanto, menos sujeitas a interpretações controversas, face à evidência disponível. A política de taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e de comparticipação de medicamentos, aliada a restrições no acesso a cuidados de saúde prestados pelo SNS (devido, por exemplo, aos tempos de espera ou à não cobertura/ não prestação pelo SNS), faz com que Portugal esteja entre os países da OCDE que apresentam uma maior percentagem de despesa das famílias com a saúde, em função do rendimento familiar disponível. Para além disso, Portugal tem, de acordo com os dados mais recentes disponíveis, uma despesa pública em saúde abaixo da média da OCDE, qualquer que seja o indicador utilizado — gastos em saúde *per capita*, despesa do estado em saúde em percentagem do PIB, percentagem da despesa em saúde na despesa total (OECD, 2015: 124-125,164-167,170-171).

O peso da despesa privada em saúde, em Portugal, associado a um risco elevado de pobreza ou exclusão social, tem implicações no acesso a cuidados de saúde e agrava as desigualdades entre cidadãos de maior e menor rendimento (OPSS, 2016). Cabendo ao estado "garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação",[40] importa, pois, em cada momento e, em particular numa situação de crise

38 Base XXXV, n.º 1.
39 Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho.
40 CRP, artigo 64.º, n.º 3, alínea *a*.

(social, económica e financeira), reanalisar os limites do princípio da tendencial gratuitidade, reinterpretando-os face ao contexto em presença, e equacionar as medidas de política pública de financiamento da saúde, que garantam um sentido constitucionalmente adequado de tendencial gratuitidade, tendo em consideração os resultados em saúde obtidos *versus* pretendidos.

Conclusão

Desde a aprovação da CRP em 2 de abril de 1976, as alterações mais relevantes ao texto original foram introduzidas imediatamente a seguir, nas duas primeiras revisões constitucionais. Em 1982, ocorreu o aditamento da gestão descentralizada e participada do SNS e, em 1989, o SNS passou de "gratuito" a "tendencialmente gratuito".

Nas últimas quase três décadas, a CRP tem-se mantido inalterada na sua essência. Sem prejuízo de uma eventual adaptação do texto constitucional à linguagem e às tendências mais atuais das políticas de saúde, a realidade mostra que os limites jurídico-constitucionais do SNS não são uma barreira a novas e melhores políticas públicas, capazes de assegurar as atribuições constitucionais do estado em matéria de proteção da saúde.

Se o princípio de universalidade foi plenamente alcançado, o princípio de generalidade ainda se encontra por cumprir em muitas áreas de prestação de cuidados de saúde.

Já em relação ao princípio de tendencial gratuitidade, a questão principal é saber se o direito à proteção da saúde é posto em causa, ou não, em face da evidência empírica mais recente sobre o efeito de taxas moderadoras e copagamentos, e também da crise, no acesso a cuidados de saúde e nos resultados em saúde obtidos.

Referências bibliográficas

Anon (1978), "Declaration of Alma-Ata", em *International Conference on Primary Health Care, 6-12 September*, Alma-Ata, URSS, World Health Organization.

Barros, P. P., S. R. Machado, e J. A. Simões (2011), "Portugal: health system review", *Health Systems in Transition*, 13 (4), pp. 1-156.

Campos, A. C. de, e J. Simões (2011), *O Percurso da Saúde. Portugal na Europa*, Coimbra, Edições Almedina.

Döring, H., e P. Manow (2016), "Parliaments and governments database (ParlGov): Information on parties, elections and cabinets in modern democracies", disponível em: http://www.parlgov.org/ (última consulta em setembro de 2016).

European Comission (2011), "Public opinion in the European Union", *Standard Eurobarometer*, 76 (outono).

European Comission (2012), "Public opinion in the European Union", *Standard Eurobarometer*, 78 (outono).

Folland, S., A. C. Goodman, e M. Stano (2001), *The Economics of Health and Health Care*, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.

Freire, A. (2005), "Eleições de segunda ordem e ciclos eleitorais no Portugal democrático, 1975-2004", *Análise Social*, XL (177), pp. 815-846.

Governo da República Portuguesa (2016), Governo. Arquivo Histórico, disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico.aspx (última consulta em setembro de 2016).

Kickbusch, I., *et al.* (2013), *Health Literacy. The Solid Facts*, Copenhaga, World Health Organization.

Kinney, E. D., e B. A. Clark (2004), "Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world" *Cornell International Law Journal*, 37, pp. 285-355.

Leppo, K., *et al.* (2013), *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*, s.l., Ministry of Social Affairs and Health of Finland.

Ministério da Saúde (2015), *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2014)*, disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015 07 20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf (última consulta em setembro de 2016).

Novais, J. R., 2010, "Constituição e Serviço Nacional de Saúde", em J. Simões (org.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um Percurso Comentado*, Coimbra, Edições Almedina, pp. 239-270.

OECD (2011a), "Equity in access to health care", em *Government at a Glance*, Paris, OECD Publishing, pp. 184-185, disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2011_gov_glance-2011-en (última consulta em setembro de 2016).

OECD (2011b), *Health at a Glance 2011. OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing, disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en (última consulta em setembro de 2016).

OECD (2015), *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing, disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2015-en (última consulta em setembro de 2016).

OPSS — Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002), *O Estado da Saúde e a Saúde do Estado. Relatório de Primavera 2002*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS — Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016), *Saúde. Procuram-se Novos Caminhos. Relatório de Primavera 2016*, Lisboa, OPSS.

SICAD — Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (s.d.), "Histórico", disponível em: http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=5&lista=SICAD_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/ (última consulta a 18 de maio de 2016).

SICAD — Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (s.d.), "Política portuguesa", disponível em: http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home Page.aspx (última consulta a 18 de maio de 2016).

Silva, M. V. da (2012a), "Políticas públicas de saúde", em M. de L. Rodrigues e P. A. e Silva (orgs.), *Políticas Públicas em Portugal*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, pp. 281-309.

Silva, M. V. da (2012b), "Políticas públicas de saúde: tendências recentes", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, pp. 121-128.

Silva, P. A. e, e M. H. Pestana (2013), "Avaliação e atitudes perante os sistemas de saúde europeus numa perspetiva comparada", em F. C. da Silva (org.), *Os Portugueses e o Estado Providência. Uma Perspetiva Comparada*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 131-159.

Ståhl, T., *et al.* (2006), *Health in All Policies. Prospects and Potentials*, disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf?ua=1 (última consulta em setembro de 2016).

Thomson, S., T. Foubister, e E. Mossialos (2009), *Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses*, Copenhaga, World Health Organization, disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf (última consulta em setembro de 2016).

United Nations (1948), *General Assembly Resolution 217 A(III) of 10 December 1948. Universal Declaration of Human Rights*, disponível em: http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html (última consulta a 20 de maio de 2016).

WHO — World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems. Improving Performance*, Genebra, WHO.

WHO — World Health Organization (2001), *How to Develop and Implement a National Drug Policy*, Genebra, WHO.

WHO — World Health Organization (2010), *The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage*, Genebra, WHO, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf (última consulta em setembro de 2016).

Sofia Crisóstomo. Assistente de investigação, CIES-IUL, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal. *E-mail*: sofia_crisostomo@iscte.pt